Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

9C 492/2014

NB: Des extraits de cet arrêt ont été traduits en français et font suite au texte intégral allemand (traduction non officielle)

Urteil vom 3. Juni 2015

II. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichterin Glanzmann, Präsidentin,
Bundesrichter Meyer, Bundesrichterin Pfiffner, Bundesrichter Parrino, Bundesrichterin Moser-Szeless,
Gerichtsschreiber Traub.

Verfahrensbeteiligte
A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt David Husmann,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle des Kantons Zug,
Baarerstrasse 11, 6300 Zug,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Invalidenversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug
vom 8. Mai 2014.

Sachverhalt:

A.
Die 1958 geborene A._____, Mutter von sechs erwachsenen Kindern (geb. 1979-1991), war von 1995 bis Mitte März 2012 als Küchengehilfin teilerwerbstätig. Im Juni 2012 meldete sie sich zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an. Dabei erklärte sie, an verschiedenartigen gesundheitlichen Beschwerden zu leiden, welche sich rasch verschlimmerten (unter anderem Schmerzen an Rücken und Extremitäten, Schlafstörungen, Kraftlosigkeit und Niedergeschlagenheit). Die IV-Stelle des Kantons Zug (nachfolgend: IV-Stelle) klärte den Sachverhalt ab und holte unter anderem ein psychiatrisches Gutachten des Dr. B._____ vom 30. April 2013 ein. Hernach stellte sie fest, es bestehe keine anspruchsbegründende Invalidität (Verfügung vom 26. Juni 2013).

B.
Das Verwaltungsgericht des Kantons Zug wies die dagegen erhobene Beschwerde ab (Entscheid vom 8. Mai 2014).

C.

C.a. A._____ führt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit dem Rechtsbegehren, die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Vorinstanz anzuweisen, ein interdisziplinäres Gerichtsgutachten "unter Wahrung der Mitwirkungsrechte und unter korrekter Fragestellung" einzuholen.
Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Beschwerde. A._____ nimmt zur Eingabe der Verwaltung Stellung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) verzichtet auf eine Stellungnahme.

C.b. Die I. und die II. sozialrechtliche Abteilung haben zu folgenden Rechtsfragen ein Verfahren nach Art. 23 Abs. 1 BGG durchgeführt:

1.- Sind bei der Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen der Aspekt der funktionellen Auswirkungen sowie die Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 zu berücksichtigen?
2.- Ist das bisherige Regel/Ausnahmemodell (Überwindbarkeitsvermutung; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50) in Weiterführung der Rechtsprechung (BGE 139 V 547) durch ein strukturiertes Beweisverfahren zu ersetzen und liegt demnach Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG nur vor, wenn mittels objektivierbarer Indikatoren nachgewiesen werden kann, dass der versicherten Person keine Arbeitsleistung mehr zuzumuten ist?
3.- Ist im strukturierten Beweisverfahren der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung der massgeblichen Indikatoren zu erbringen ?

Die beiden sozialrechtlichen Abteilungen haben diese Rechtsfragen mehrheitlich bejaht (Beschluss der Vereinigung der Abteilungen vom 13. Mai 2015).

Erwägungen:

1.

1.1. Das kantonale Gericht würdigte das medizinische Dossier und folgerte, die Beschwerdeführerin sei nicht in rentenbegründendem Ausmass invalid. Für die Beschwerden sei kein organisches Korrelat gefunden worden (E. 5). Die Verwaltung habe die Beschwerdeführerin daher zu Recht (nur) psychiatrisch begutachten lassen (E. 7). Die vom psychiatrischen Administrativgutachter gestellten Hauptdiagnosen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Somatisierungsstörung) seien unstrittig (E. 9.2). Im Rahmen einer selbständigen Überprüfung nach den Kriterien gemäss BGE 130 V 352 befasste sich die Vorinstanz sodann mit den gutachtlichen Schlussfolgerungen über die Arbeitsfähigkeit (E. 9.3). Die im kantonalen Beschwerdeverfahren nachgereichten ärztlichen Berichte (der Psychiatrischen Klinik C._____ vom 27./28. August 2013 über eine anderthalbmonatige stationäre Behandlung sowie des behandelnden Psychiaters Dr. D._____ vom 6. Dezember 2013) enthielten nicht wesentlich andere Diagnosen. Sie wiesen auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus. Soweit die behandelnden Ärzte überhaupt zur Frage der Arbeitsfähigkeit Stellung nähmen, seien deren Berichte nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung zu entkräften (E. 10.1).

1.2. Zu beurteilen ist die häufige Fallkonstellation eines Schmerzleidens, das mit gewissen weiterreichenden Symptomen (hier: grosse Erschöpfbarkeit) einhergeht und aus dem die IV-Stelle nach rechtlichen Massstäben keine anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit ableitet, obwohl die versicherte Person über eine erhebliche Einschränkung ihres Leistungsvermögens klagt und auch verschiedene behandelnde Ärzte eine solche attestieren. Der Rechtsstreit bietet Anlass, die Rechtsprechung seit BGE 130 V 352 zu überdenken. Rechnung getragen werden soll dabei den Erfahrungen, die in den seit diesem Leiturteil vergangenen elf Jahren gesammelt werden konnten, sowie der Kritik der medizinischen und juristischen Lehre an der Rechtsprechung und ihrer Umsetzung.

2.

2.1. Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 130 V 396).

2.1.1. Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Ziff. F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Bislang fokussiert die Anspruchsklärung im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung vor allem auf die Anwendung des Kriterienkatalogs, somit auf die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen des Leidens (dazu unten E. 3.2 und E. 4). Die Frage, ob die Schmerzstörung als Gesundheitsbeeinträchtigung überhaupt sachgerecht festgestellt worden ist, wird in der Versicherungspraxis oft kaum beachtet. Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen: Als "vorherrschende Beschwerde" verlangt wird "ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz" (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. F45.4 S. 233). Im Gegensatz zu anderen psychosomatischen, beispielsweise dissoziativen, Störungen, die nicht schon an sich einen Bezug zum Schweregrad aufweisen, setzt die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus (Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen [nachfolgend: Probleme und offene Fragen], SZS 2014 S. 535, 539 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; Henningsen/Schickel, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al. [Hrsg.], 2012, S. 277); ICD-10 Ziff. F45.4 beschreibt als gewöhnliche Folge denn auch "eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung". Die schweizerische Versicherungspraxis beachtet diese grundlegenden Merkmale über weite Strecken nicht; die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung findet meistens ohne ausreichenden Bezug auf die funktionserhebliche Befundlage Eingang in ärztliche Berichte und Gutachten (zum Erfordernis einer kriteriengeleiteten Diagnosestellung vgl. E. Colomb et al., Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung, 2012 [vgl. unten E. 5.1.2], Ziff. 6.2). Vermutlich wird deutlich zu häufig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (Hans Georg Kopp, Die psychiatrische Begutachtung von Schmerzstörungen, Psychiatrie 4/2006 S. 11).

2.1.2. Die gutachtlichen Ausführungen zur Diagnose sind nicht nur im Hinblick auf eine gesicherte Feststellung des Krankheitswertes bedeutsam. Vielmehr werden die in der Klassifikation vorausgesetzten konkreten Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wieder aufgegriffen. Die gestellte Diagnose ist "Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen" (Qualitätsleitlinien, Ziff. 6.3). In den "konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation" (Jörg Jeger, Die persönlichen Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit - Eine kritische Auseinandersetzung mit der Überwindbarkeitspraxis [nachfolgend: Die persönlichen Ressourcen], in: Psyche und Sozialversicherung, Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Zürich 2014, S. 184, 186 und 191 f.) einzubeziehen sind nur funktionelle Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden ergeben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anforderungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umgesetzt (Renato Marelli, Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007 S. 329 und 339). Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296 und E. 3.3.2 am Anfang S. 297).

2.2. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält.

2.2.1. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51 mit Hinweis auf KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997 S.1434, die wiederum eine Untersuchung von WINCKLER und FOERSTER aufnehmen; ähnliche Aufstellungen bei: Hans-Jakob Mosimann/Gerhard Ebner, "Objektiv nicht überwindbare" Erwerbsunfähigkeit: Überlegungen zu Art. 7 Abs. 2 ATSG aus juristischer und psychiatrischer Sicht, SZS 2008 S. 532; Henningsen/
Schickel, a.a.O., S. 278 ff.; Peter Henningsen, Wie werden psychosomatische Störungen begutachtet? Leitlinien für Grenzbereiche, in: Grenzwertige psychische Störungen, Vollmoeller [Hrsg.], 2004, S. 105 f.; Thomas Merten, Lässt sich suboptimales Leistungsverhalten messen? Diagnostik bei Simulationsverdacht, in: Grenzwertige psychische Störungen, Vollmoeller [Hrsg.], 2004, S. 94; vgl. auch Kopp, a.a.O., S. 10 f.). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (Henningsen, a.a.O., S. 104).

2.2.2. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen nebeneiner ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen.

3.

3.1. Auf der zweiten Ebene der Anspruchsprüfung wird die Arbeits (un) fähigkeit beurteilt, das heisst, es werden die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ erfasst und quantitativ eingeschätzt. Hier stellt sich die Frage (nachfolgend E. 3.4-3.5), ob an der Vermutung festzuhalten ist, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist (statt vieler: BGE 137 V 64 E. 1.2 S. 66; zuletzt: BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13). Zu klären ist zudem, wie es sich mit der Rechtsfigur der Überwindbarkeit als solcher verhält; nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (E. 3.7).

3.2. Mit BGE 130 V 352 E. 2.2.2 S. 353 legte das Bundesgericht die Voraussetzungen fest, unter denen psychosomatische Beschwerdebilder (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69) einen Anspruch auf Invalidenrente auslösen können (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis BGE 135 V 201 E. 7.1.2 S. 212). In BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 konsolidierte es die Kernerwägungen wie folgt:

"Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6 S. 398 ff.). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess

unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (...)."

3.3.

3.3.1. Seit BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 geht die Rechtsprechung ausdrücklich von der Vermutung aus, der versicherten Person sei eine Willensanstrengung zuzumuten, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung (oder eines gleichgestellten Krankheitsbildes) überwunden werden könnten. In der mit BGE 130 V 396 nicht publizierten E. 7.3 des Urteils I 457/02 vom 18. Mai 2004 hiess es dazu:

"Die somatoforme Schmerzstörung ist nicht naturgesetzlich mit objektivierbaren funktionellen Einschränkungen verbunden (...). Daher ist es angezeigt, bei der Zumutbarkeitsprüfung zunächst von der Vermutung auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung grundsätzlich überwindbar ist, also die erwerbliche Leistungsfähigkeit nicht in invalidisierendem Ausmass beeinträchtigt (...). Im Einzelfall ist sodann aber zu prüfen, ob und inwieweit diese Vermutung durch Umstände entkräftet wird, welche annehmen lassen, dass die Umsetzung der (aus somatischer Sicht bestehenden) Leistungsfähigkeit unmöglich oder unzumutbar ist".

Mit der Statuierung einer Vermutung sollte die in BGE 130 V 352 enthaltene Grundannahme verdeutlicht werden, wonach bei entsprechender Diagnose "in der Regel" keine andauernde, invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe; Unzumutbarkeit sei nur "in Ausnahmefällen" anzunehmen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Die Rechtsprechung begründet die Vermutung unter anderem mit Hinweis auf die medizinische Empirie (so statt vieler BGE 132 V 393 E. 3.2 a.E. S. 399 mit Hinweisen). Medizinische (und auch juristische) Autoren bestreiten, dass eine solche Regel wissenschaftlich fundiert ist (Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 522 ff., 526; Jörg Jeger, Tatfrage oder Rechtsfrage? Abgrenzungsprobleme zwischen Medizin und Recht bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Invalidenversicherung, SZS 2011 S. 601 f.; vgl. auch Vivian Winzenried, Die Überwindbarkeitspraxis, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, Kieser/Lendfers [Hrsg.], 2012, S. 231 ff.; Ueli Kieser, Entwicklungen im Sozialversicherungsrecht, in: Personen-Schaden-Forum 2011, Weber [Hrsg.], 2011, S. 268 f.; Thomas Gächter/Dania Tremp, Schmerzrechtsprechung am Wendepunkt? in: Jusletter 16. Mai 2011, Rz. 13). Aus juristischer Warte wird insbesondere argumentiert, es wäre Sache des Gesetzgebers, eine derartige Vermutung zu statuieren (Jörg Paul Müller, Verfahrensgerechtigkeit in der Sozialversicherung, in: Jusletter 27. Januar 2014, Rz. 17; Bettina Kahil-Wolff, Atteintes non objectivables à la santé: l'ATF 136 V 279 et d'autres développements dans la jurisprudence du Tribunal fédéral, JdT 2011 I S. 24).

3.3.2. Die juristische Lehre ging zunächst von einer Tatsachenvermutung aus: Die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit werde zwar im Einzelfall, aber nach verallgemeinerten Regeln geprüft; die Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung führe insofern zu einer Beschränkung der Zumutbarkeitsprüfung, als sie vorschreibe, welche subjektiven und objektiven Gegebenheiten (Kriterien) dabei massgeblich seien (Thomas Gächter, Die Zumutbarkeit und der sozialversicherungsrechtliche Beweis, in: Freiburger Sozialrechtstage 2008, Murer [Hrsg.], Bern 2008, S. 259; Andreas Brunner/Noah Birkhäuser, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, BJM 2007 S. 185). Dazu trat die Auffassung, es handle sich um eine qualifizierte natürliche Vermutung (Urs Müller, Die natürliche Vermutung in der Invalidenversicherung, in: Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Festschrift für

Erwin Murer zum 65. Geburtstag, Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Bern 2010, S. 559; Philipp Egli, Was soll das Verwaltungsverfahren? Gedanken zu einem rechtsstaatlichen IV-Abklärungsverfahren, dargestellt an der Gutachtens- und der Überwindbarkeitspraxis des Bundesgerichts, recht 31/
2013 S. 73; Gächter/Tremp, a.a.O., Rz. 6). Im Gegensatz zur einfachen natürlichen Vermutung, bei welcher das Gericht anhand der allgemeinen Lebenserfahrung aus konkreten Umständen auf einen bestimmten Sachverhalt schliesst, übernimmt eine (auch Normhypothese genannte) qualifizierte natürliche Vermutung die Funktion einer Norm, weil ein Erfahrungswert für gleich geartete Fälle allgemeingültig wirkt (U. Müller, a.a.O., S. 551 f.). Sie betrifft demnach eine bundesgerichtlich frei überprüfbare Rechtsfrage (U. Müller, a.a.O., S. 554 mit weiteren Hinweisen; Art. 95 BGG).

3.3.3. Das Bundesgericht hat sich zur Rechtsnatur der Vermutung nie ausdrücklich geäussert. Der Frage muss auch an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen werden, wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt.

3.4. Anhand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse über psychosomatische Beschwerden ist zu prüfen, ob die Vermutung, das Leiden respektive seine Folgen seien überwindbar, weiterhin das richtige Instrument darstellt, um den beweismässigen Besonderheiten solcher gesundheitlicher Beeinträchtigungen gerecht zu werden.

3.4.1.

3.4.1.1. In der Zeit vor BGE 130 V 352 akzeptierten die rechtsanwendenden Stellen bei Schmerzsyndromen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden häufig tel quel die Einschätzungen behandelnder Ärzte, welche sehr verbreitet von der Diagnose direkt auf Arbeitsunfähigkeit schlossen (vgl. Erwin Murer, Invalidenversicherungsgesetz [Art. 1-27 bis IVG], Handkommentar, 2014, N. 22 zu Art. 8a IVG; ders., Die verfehlte rechtliche Behandlung der "Versicherungsfälle unklarer Kausalität" und ihre Auswirkungen auf die Rentenexplosion in der IV, in: Freiburger Sozialrechtstage 2004, S. 3 ff.). Die Folgen waren eine ubiquitäre Verbreitung solcher Krankheitsbilder und eine starke Zunahme der rentenbeziehenden Personen um 27 Prozent allein in der Zeit von Dezember 2000 bis Dezember 2005 (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik 2013, Bern 2014, S. 21 f.). Hiedurch war die Einhaltung der gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen offensichtlich nicht mehr gewährleistet. Die mit BGE 130 V 352 S. 354 begründete Regel/Ausnahme-Vorgabe sollte die gesetzmässige Praxis wiederherstellen. Die Bedeutung der Überwindbarkeitsvermutung beschränkte sich auf dieses Ziel.

3.4.1.2. Später griff das Bundesgericht Lehrmeinungen auf, welche die Vermutung der Überwindbarkeit vorab als Frage der Beweisbarkeit ansahen (insbesondere Jörg Jeger, Die Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit, in: Freiburger Sozialrechtstage 2008, Murer [Hrsg.], S. 118 ff.). Es betonte, dass dieses Konzept nicht nur eine Verschärfung der Beweisanforderungen bedeutet, sondern auch eine gewährleistende Dimension zugunsten der Versicherten umfasst, welche die Folgen tragen müssen, wenn die den Anspruchsvoraussetzungen zugrunde liegenden Tatsachen unbewiesen bleiben (BGE 139 V 547 E. 9.1.3 S. 566; 140 V 290 E. 4.2 S. 298). Der Beweis über funktionelle Auswirkungen von unklaren Beschwerdebildern kann nicht anders als indirekt, im Sinne eines Ersatzbeweises, gestützt auf Indizien ("Hilfstatsachen" [Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 533 und 538]) geführt werden (dazu Hans-Jakob Mosimann, Perspektiven der Überwindbarkeit chfolgend. Perspektiven], SZS 2014 S. 212 f.; kritisch: Evalotta Samuelsson, Wieviel Evidenz für welche Objektivität?, Jusletter vom 27. Januar 2014, passim). Diese beweisrechtliche Betrachtungsweise änderte noch nichts an der Regel/Ausnahme-Gewichtung, wie sie der Rechtsfigur der
Überwindbarkeitsvermutung zugrunde liegt (vgl. BGE 139 V 547 E. 9.1 S. 565).

3.4.2. Indessen steht die Überwindbarkeitsvermutung in zweifacher Hinsicht einer umfassenden Abklärung der für die Arbeitsunfähigkeit massgebenden Umstände entgegen.

3.4.2.1. Zunächst führt die darin angelegte Konzentration auf Indizien, welche die Vermutung allenfalls entkräften könnten, dazu, dass vor allem nach - den Ausnahmefall (Arbeitsunfähigkeit) begründenden - belastenden Elementen gesucht, die Ressourcen hingegen tendenziell vernachlässigt werden. Der rechtlich geforderte Zumutbarkeitsmassstab gibt indessen vor, dass den gesundheitsbedingten Belastungen alle Gesichtspunkte gegenübergestellt werden, welche sich schadenmindernd auswirken (vgl. Mosimann/Ebner, a.a.O., S. 535 f.). Im

Rahmen der Würdigung von Funktionseinschränkungen soll auch das positive Leistungsbild untersucht und nicht nur aufgezeigt werden, welche Defizite vorhanden sind, sondern das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen beschrieben werden (Renato Marelli, Das psychiatrische Gutachten, Einflüsse und Grenzen, in: Psyche und Sozialversicherung, Riemer-Kafka [Hrsg.], 2014, S. 85). Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab (zu den Ressourcen Jörg Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 131 ff., 147 f.; Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 2. Aufl., 2012, S. 121).
Häufig wird kritisiert, die Rechtsprechung baue auf ein unsachgemäss eng gefasstes (bloss bio-psychisches) Krankheitsmodell (so David Husmann/Silvio Riesen, Unklare Beschwerdebilder aus der Geschädigtenperspektive, in: Personen-Schaden-Forum 2015, Weber [Hrsg.], Zürich 2015, S. 47; Philip Stolkin, Von der Europäischen Menschenrechtskonvention, den adäquaten Kausalzusammenhängen, den Normhypothesen und dem Gleichheitssatz oder: Warum die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Gesundheitsbegriff das Diskriminierungsverbot verletzt - ein Erklärungsversuch, HAVE 2011 S. 386 f.). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren jedoch nur so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben (vgl. Urteil 9C 776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.3.3, in: SVR 2012 IV Nr. 32 S. 127; Jörg Paul Müller, Rechtsgutachten [mit Matthias Kradolfer], Stellungnahme aus der Sicht allgemein rechtsstaatlicher Grundsätze der Bundesverfassung und der EMRK, 2012, S. 32 f.; Brunner/Birkhäuser, a.a.O., S. 185). Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (vgl. Thomas Locher, Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 253; Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 177; ders., Wer bemisst invaliditätsfremde [soziokulturelle und psychosoziale]Ursachen der Arbeitsunfähigkeit - der Arzt oder der Jurist?, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2008, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2009, S. 166 ff.). Konsequenterweise soll das Prüfungsprogramm so ausgestaltet werden, dass auch Ressourcen, welche das Leistungsvermögen begünstigen, tatsächlich erfasst werden.

3.4.2.2. Der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG) verpflichtet Verwaltung und Gericht, von Amtes wegen Gründe für und gegen das Vorliegen oder Fehlen eines Sachumstandes heranzuziehen. In der Doktrin wird zu Recht vorgebracht, diesem Grundsatz werde in der Praxis nur ungenügend nachgelebt (U. Müller, a.a.O., S. 560; Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 178). Tatsächlich verleitet die Überwindbarkeitsvermutung mitunter dazu, die kriterienorientierte Auswahl der massgebenden Sachverhaltselemente so zu gestalten, dass der Regelfall verwirklicht wird; dies wohl auch zum Ausgleich dafür, dass die Ressourcen (bisher) nicht den ihrer tatsächlichen Bedeutung entsprechenden Platz im Prüfungsraster erhalten. Ein solcher Bias begünstigt zudem Schematismen, welche der freien Beweiswürdigung und der Rechtsanwendung von Amtes wegen zuwiderlaufen (Egli, a.a.O., S. 71 ff.; Kahil-Wolff, a.a.O., S. 24; Gächter/Tremp, a.a.O., Rz. 16; Brunner/Birkhäuser, a.a.O., S. 188 f.). Die so gestaltete Beurteilung ist - freilich in einem den Gründen gemäss E. 3.4.2.1 entgegengesetzten Sinne - nicht mehr auf umfassende Erkenntnis über das tatsächliche Leistungsvermögen ausgerichtet. Überdies begünstigt die Vermutung die Auffassung, die Überwindbarkeit sei unteilbar, so dass im Ausnahmefall letztlich immer nur eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in Frage komme (vgl. Urteile 9C 468/2013 vom 24. April 2014 E. 4.2 und 9C 710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.4; dazu Mosimann, Perspektiven, a.a.O., S. 199; Husmann/Riesen, a.a.O., S. 52; Jeger, Tatfrage oder Rechtsfrage, a.a.O., S. 599; Thomas Gächter, Grundsätzliche Einordnung von BGE 136 V 279, HAVE 2011 S. 57).

3.5. Die angeführten Überlegungen betreffen ernsthafte sachliche Gründe, die einem allfälligen Interesse an der Weiterführung einer auch langjährigen Praxis vorgehen. Die Voraussetzungen für eine Änderung der Rechtsprechung sind daher erfüllt (vgl. BGE 138 III 359 E. 6.1 S. 361; 137 V 282 E. 4.2 S. 291; 134 V 72 E. 3.3 S. 76). Die Überwindbarkeitsvermutung ist aufzugeben.

3.6. Daraus ergibt sich in methodischer Hinsicht Folgendes: Die Frage, ob die diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führe, stellt sich nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung

einer Ausgangsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen (unten E. 5.1) Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren (vgl. E. 4) erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (vgl. Pierre-André Fauchère, Somatoformer Schmerz, 2008, S. 279).

3.7.

3.7.1. Zu betonen ist, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit ist eine langjährige Rechtsprechung Gesetz geworden. Demgemäss ist für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, insofern eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich, als es nicht auf ihr subjektives Empfinden ankommen kann (Botschaft vom 22. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision, BBl 2005 4530 f.]; BGE 140 V 290 E. 3.3 S. 296; 139 V 547 E. 5.7 S. 557; 135 V 215 E. 7.2 S. 229; 130 V 352 E. 2.2.4 S. 355; 127 V 294 E. 4c S. 298; 109 V 25 E. 3c S. 28; 102 V 165; Mosimann/Ebner, a.a.O., S. 524 f.; Brunner/Birkhäuser, a.a.O., S. 184 ff.). Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, sind auch künftig nicht als
invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen.

3.7.2. Des Weitern bringt diese Änderung der Rechtsprechung keine Abkehr von der (zu lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a ergangenen) Rechtsprechung gemäss BGE 139 V 547. Im Gegenteil wird die dort in einlässlicher Auseinandersetzung mit der legislatorischen und judiziellen Entwicklung (BGE 139 V 547 E. 5 und 6 S. 554 ff.) gewonnene Rechtserkenntnis, dass die Abschätzung der Folgen psychosomatischer Leiden auf die Arbeitsfähigkeit deutlicher, als es bisher die dort nachgezeichnete Rechtsprechung zum Ausdruck brachte, als Aufgabe - indirekter - Beweisführung zu positionieren ist (BGE 139 V 547 E. 7 S. 560 ff., insbesondere E. 7.2 S. 562), unter Berücksichtigung des verfügbaren medizinisch-psychiatrischen Wissens konsequent weitergeführt (in diesem Sinne schon BGE 140 V 193 und 290; oben E. 3.4.1.2). Unverändert ist sodann auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise (oben E. 3.7.1) von der grundsätzlichen "Validität" (BGE 139 V 547 E. 8.1 S. 563) der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist.

3.7.3. Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit ist in allen Fällen das Resultat der - einem objektivierten Massstab folgenden - Beurteilung, ob die versicherte Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens einer angepassten Arbeit zumutbarerweise ganz oder teilweise nachgehen kann. Es fehlt daher am Gegenstand für eine gesonderte, weitergehende Prüfung einer Überwindbarkeit (vgl. etwa BGE 136 V 279 E. 3.3 S. 284; 132 V 65 E. 5.1 S. 73). Ebensowenig kann es unter diesen Vorzeichen eine unüberwindbare Arbeitsunfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 4.1 S. 285) geben. In dieser überschiessenden Form ist der Begriff Relikt der früheren Praxis zu den verschiedenen Spielarten der Versicherungsneurosen; diese ging davon aus, dass die neurotische Fixierung unter Umständen gelöst werden könne, wenn Versicherungsleistungen abgelehnt werden oder - wo gesetzlich vorgesehen - eine Abfindung ausgerichtet wird ("probatorische Leistungsverweigerung"; vgl. BGE 107 V 239 und 102 V 165; Urteil I 504/82 vom 31. Oktober 1983, in: ZAK 1984 S. 341; Ulrich Meyer, Das Schleudertrauma, anders betrachtet, in: Ausgewählte Schriften, Gächter [Hrsg.], 2013, S. 302 f.; ders., Krankheit als leistungsauslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht, in: Rechtsfragen zum
Krankheitsbegriff, Gächter/Schwendener [Hrsg.], 2009, S. 17 und 21).

4.
Zu klären bleiben die Auswirkungen der Praxisänderung auf den Kriterienkatalog nach BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f. Dieser umfasst Standard-Faktoren, anhand welcher die funktionelle Tragweite der für die Diagnose massgeblichen Befunde (oben E. 2.1.2) auf dem Weg indirekter Beweisführung (E. 3.4.1.2 und 3.7.2) rechtlich erhärtet werden kann (unten E. 5.2).

4.1.

4.1.1. Nach Aufgabe des Konzepts der Vermutung konzentriert sich die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens, wie erwähnt, nicht mehr auf die Widerlegung einer Ausgangsannahme, die Schmerzstörung sei nicht invalidisierend. Im Fokus stehen daher vermehrt auch Ressourcen, welche die schmerzbedingte Belastung kompensieren können und damit die Leistungsfähigkeit begünstigen (oben E. 3.4.2.1). Dieser neue Ansatz führt zu Anpassungen in der Formulierung der Indikatoren. Auch ist im Zuge der Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung eine gewisse sachliche Erweiterung der massgeblichen Prüfungsgesichtspunkte angezeigt. Dabei kann beim bisherigen Kriterienkatalog angeknüpft werden (vgl. dazu auch den Katalog in der [deutschen]AWMF-Leitlinie "Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden" ["Empfehlung 143"]; Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 534; unten E. 5.1.2).
Nach wie vor gilt, dass die Handhabung des Katalogs stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden muss. Es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (Urteil 8C 420/2011 vom 26. September 2011 E. 2.4.2 mit Hinweis auf Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 4. Aufl., München 2004, S. 650). Im Übrigen ist auch der Katalog als solcher nicht unverrückbar, sondern grundsätzlich offen gegenüber neu etablierten medizinischen Erkenntnissen; diese prägen als Rechtstatsachen die Ausgestaltung des Katalogs mit (vgl. unten E. 5.1). So drängt es sich nunmehr auf, die vorrangige Beachtlichkeit der psychischen Komorbidität aufzugeben und auf die Heranziehung des primären Krankheitsgewinns zu verzichten (E. 4.3.1.1 und 4.3.1.3).

4.1.2. Die bisherige Bezeichnung "Kriterien" legt nahe, es handle sich dabei um Merkmale, welche für eine Entscheidung in dem Sinne bedeutsam sind, dass von mehreren vorgegebenen Szenarien eines zutreffe. Nach Aufgabe der Vermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 533 und 541).

4.1.3. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren können nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden:

Kategorie "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3)
Komplex "Gesundheitsschädigung" (E. 4.3.1)
Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)
Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)
Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)
Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)
Komplex "Sozialer Kontext" (E. 4.3.3)
Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)
gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)
behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (vgl. oben E. 3.4.1.2 und 3.7.2).

4.2. Das Gesagte und noch Auszuführende gilt für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und für vergleichbare psychosomatische Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13).

4.3. Auf den funktionellen Schweregrad bezogene Indikatoren bilden das Grundgerüst der Folgenabschätzung (Hans Georg Kopp/Renato Marelli, "Somatoforme Störungen, wie weiter?", in: SZS 2012 S. 255). Die daraus

gezogenen Folgerungen müssen einer Konsistenzprüfung standhalten (dazu unten E. 4.4).

4.3.1. Zum Komplex Gesundheitsschädigung drängen sich folgende Bemerkungen auf.

4.3.1.1. Als erster Indikator zu nennen ist die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome. Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung helfen dabei, Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren zu scheiden (oben E. 3.4.2.1 zweiter Abs.). Ausgangspunkt ist der diagnoseinhärente Mindestschweregrad (oben E. 2.1.1; vgl. Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 535 und 539). Spielen auf der andern Seite Ausschlusskriterien (BGE 131 V 49 E. 1.2 a.E. S. 51) eine gewisse Rolle, ohne dass deswegen eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung a priori auszuschliessen wäre (vgl. oben E. 2.2.2), sind die auf Aggravation usw. hinweisenden Umstände zu bewerten. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist auch anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren. Insbesondere die Beschreibung der somatoformen Schmerzstörung in ICD-10 Ziff. F45.4 hebt ätiologische Faktoren hervor: Merkmal der Störung ist, dass sie "in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen" auftritt, denen die Hauptrolle für
Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (dazu U.T. Egle/R. Nickel, Die somatoforme Schmerzstörung, Der medizinische Sachverständige 2007 S. 129). Hingegen sollen Rückschlüsse auf den Schweregrad nicht mehr über den Begriff des primären Krankheitsgewinnserfolgen. Dabei handelt es sich um ein psychoanalytisches Konzept, das viele Vertreter anderer psychiatrischer Schulen skeptisch betrachten oder ablehnen. Nach Henningsen ist der primäre Krankheitsgewinn als "stark an eine bestimmte Schule der Psychotherapie gebundenes und untersucherabhängiges Konstrukt kaum reliabel zu erheben" (Probleme und offene Fragen, S. 540; vgl. auch Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 169 f.).

4.3.1.2. Behandlungserfolg oder -resistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien, sind wichtige Schweregradindikatoren. Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie weist auf eine negative Prognose hin (zu den Behandlungszielen bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung Fauchère, a.a.O., S. 219 f.; Hans Morschitzky, Somatoforme Störungen, 2007, S. 271 ff.). Wenn dagegen die erfolglos gebliebene Behandlung nicht (mehr) dem aktuellen Stand der Medizin entspricht oder im Einzelfall als ungeeignet erscheint, so ist daraus für den Schweregrad der Störung nichts abzuleiten (vgl. Urteil 9C 662/2009 vom 17. August 2010 E. 3.2, in:SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73). Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind, was sich e contrario aus der ständigen Rechtsprechung ergibt (statt vieler Urteil 9C 736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Daran ist festzuhalten. Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden - somit noch kaum chronifizierten - Krankheitsgeschehen dürften regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine
Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein. Dies zeigt, dass die Frage nach der Chronifizierung einer ("anhaltenden") somatoformen Schmerzstörung bei der Beurteilung des Schweregrades meist nicht wesentlich weiter führt: Ohne langjährige, verfestigte Schmerzentwicklung ist eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit kaum vorstellbar; Entsprechendes gilt schon für die Diagnose (Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 536). Soweit im Übrigen aus der Inanspruchnahme von Therapien und der Kooperation auf Vorhandensein oder Ausmass des Leidensdrucks zu schliessen ist, geht es um die Konsistenz der Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung (unten E. 4.4.2).
Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich nicht nur aus der medizinischen Behandlung, sondern auch aus der Eingliederung im Rechtssinne. Denn so wie die zumutbare ärztliche Behandlung (welche, unter Vorbehalt von Art. 12 IVG, nicht zulasten der Invalidenversicherung geht) die versicherte Person als eine Form von Selbsteingliederung in die Pflicht nimmt, hat sich jene in beruflicher Hinsicht primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, hat sie an entsprechenden Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen (Art. 8 f., Art. 14 ff. IVG) teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung. Umgekehrt kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein.

4.3.1.3. Die bisherige Rechtsprechung hat der psychiatrischen Komorbidität herausragende Bedeutung beigemessen (so noch BGE 139 V 547 E. 9.1.1 S. 565). Diese Präponderanz des Leitkriteriums lässt sich nicht länger aufrechterhalten, da sie empirisch nicht belegt ist (Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 539 f.; Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 166 f.; ders., Die Entwicklung der Foerster-Kriterien und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: [nachfolgend: Entwicklung]Jusletter vom 16. Mai 2011, Rz. 137). Die psychische Komorbidität ist nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 167 f.; Kopp, a.a.O., S. 12). Der bisher verwendete Zusatz "von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer" war Ausdruck der früheren Funktion als Ausnahmekriterium sowie von dessen vorrangigem Stellenwert. Zufolge der in beiden Punkten geänderten Rechtsprechung verlieren die genannten Attribute insofern ihre Funktion.
Die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und "körperliche Begleiterkrankungen" sind zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C 98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44; dazu Wolfgang Vollmoeller [Hrsg.], Grenzwertige psychische Störungen, 2004, passim), ist nicht Komorbidität (vgl. Urteil 9C 1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.2.1, SVR 2012 IV Nr. 1 S. 1), sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik (unten E. 4.3.2) zu berücksichtigen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (so noch beispielsweise die Urteile 9C 210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1; I 176/06 vom 26. Februar 2007 E. 5.2, SVR 2008
IV Nr. 1 S. 1; zum komplexen Verhältnis zwischen Schmerz und Depression: Fauchère, a.a.O., S. 74 ff.). Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität (Urteil I 767/03 vom 9. August 2004 E. 3.3.2). Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt (vgl. Urteil 9C 709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.1.4 a.E.).
Fraglich ist, ob zwischen der Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten Körperbeschwerden (bzw. der Anzahl von somatoformen Syndromen in verschiedenen Erscheinungsformen) und dem Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung ein linearer Zusammenhang besteht (so Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 523 und 536). Ein solcher Zusammenhang wäre jedenfalls nicht in eine starre Vorgabe umzusetzen. Denn eine Handhabung im Sinne von "je grösser die Anzahl der Einzelbeschwerden, desto höher die funktionelle Einschränkung" ginge in Richtung derjenigen Art von - schematischem - Prüfkriterium, die es nach dem Gesagten gerade zu vermeiden gilt (oben E. 4.1.1; siehe auch Henningsen, a.a.O., S. 533 und 541). Es bestünde die Gefahr, dass in der Praxis einzelne Symptome und Befunde bloss aneinandergereiht und rein quantitativ-mechanisch bewertet würden, was den Blick auf die Gesamtwirkung des Beschwerdebildes für den Funktionsstatus verstellte.

4.3.2. Mit dem schon mehrfach erwähnten stärkeren Einbezug der Ressourcenseite gewinnt der Komplex der Persönlichkeit (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) an Bedeutung (dazu Kopp/Marelli, a.a.O., S. 257 f.; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, a.a.O., S. 332 ff.). Das Bundesgericht hat in einem früheren Entscheid bereits auf "eine auffällige vorbestehende Persönlichkeitsstruktur" Bezug genommen (in BGE 130 V 396, nicht publizierte E. 7.4 des Urteils I 457/02 vom 18. Mai 2004, SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21). Neben den herkömmlichen Formen der Persönlichkeitsdiagnostik, die auf die Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen abzielt (vgl. Fauchère, a.a.O., S. 101 ff.), fällt auch das Konzept der sogenannten "komplexen Ich-Funktionen" in Betracht. Diese bezeichnen in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität [Fähigkeit, sich auf einen Gegenstand zu beziehen]und Antrieb; Kopp/Marelli, a.a.O., S. 258; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, a.a.O., S. 335 ff.). Auf die Kontroverse hinsichtlich der
komplexen Ich-Funktionen in der psychiatrischen Doktrin (vgl. die Beiträge von Felix Schwarzenbach und Re-

nato Marelli, SZS 2008 S. 555 ff.; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, a.a.O., S. 339 f.) braucht nicht näher eingegangen zu werden. Entscheidend ist nicht die begriffliche Herkunft, sondern die Eignung dieser Kategorien, zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beizutragen. Wo dies nach den Umständen des Einzelfalles zutrifft, ist von diesem Ansatz Gebrauch zu machen. Da die Persönlichkeitsdiagnostik mehr als andere (z.B. symptom- und verhaltensbezogene) Indikatoren untersucherabhängig ist (vgl. Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 537), bestehen hier besonders hohe Begründungsanforderungen. Diesen Konturen zu verleihen, wird Aufgabe noch zu schaffender medizinischer Leitlinien sein (vgl. unten E. 5.1.2).

4.3.3. Neben den Komplexen "Gesundheitsschädigung" und "Persönlichkeit" bestimmt auch der soziale Kontext mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; dazu oben E. 2.1.2 und 3.4.2.1 zweiter Abs.). Anderseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird (vgl. Riemer-Kafka [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 2012, S. 121). Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren Regelungsabsicht des Gesetzgebers.

4.4. Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (Kopp/Marelli, a.a.O., S. 256). Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien.

4.4.1. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) anderseits gleich ausgeprägt ist (vgl. Riemer-Kafka [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, S. 121; Mosimann, Perspektiven, a.a.O., S. 214; Susanne Bollinger Hammerle, Invalidisierende Krankheitsbilder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015, Kieser/Lendfers [Hrsg.], S. 114; zur praktischen gutachtlichen Erfassung der einschlägigen Umstände: Kopp, a.a.O., S. 10). Aus den schon erwähnten Gründen ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs wiederum so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern (vgl. Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 168 f.). Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person
ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (Urteile 9C 148/2012 vom 17. September 2012 E. 2.2.4, in: SVR 2013 IV Nr. 6 S. 13; 9C 785/2013 vom 4. Dezember 2013 E. 3.2).

4.4.2. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; oben E. 4.3.1.2) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist (Henningsen, Probleme und offene Fragen, a.a.O., S. 537). Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (vgl. Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 171). In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.

5.
Der dargestellte Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Es fragt sich, wofür Recht und Medizin zuständig sind, das heisst, wie es sich im Einzelnen mit der Arbeitsteilung der beiden Disziplinen verhält (E. 5.1) und wie sie

bei der Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit im konkreten Einzelfall zusammenwirken (E. 5.2).

5.1.

5.1.1. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat ursprünglich psychiatrische Prognosekriterien (vgl. BGE 135 V 201 E. 7.1.2 S. 212; Klaus Foerster, Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 S. 486 ff., 498) zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt (Urteil 9C 776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.4; vgl. auch Urteil 8C 420/2011 vom 26. September 2011 E. 2.4) und insoweit der medizinischen Diskussion entzogen (kritisch dazu Jörg Jeger, Die persönlichen Ressourcen, a.a.O., S. 163 ff.; ders., Entwicklung, Rz. 133 ff. und 159; Matthias Kradolfer, Rechtsgutachten [mit Jörg Paul Müller], Pathogenetisch-ätiologisch syndromal unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage: Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit mit der EMRK, 2012, Rz. 164 ff.; Liliana Scasascia Kleiser/Evalotta Samuelsson, Wieviel Leid ist zumutbar? Über die höchstrichterliche Vermutung der Überwindbarkeit von Schmerzerkrankungen, Jusletter vom 17. Dezember 2012, Rz. 37). Auch die hier eingeführten Indikatoren sind nicht unmittelbar vom (herrschenden) medizinisch-empirischen Kenntnisstand abhängig. Im Unterschied zur Medizin hat das Recht eine einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit
zu gewährleisten (BGE 135 V 201 E. 7.1.3 S. 213; Mosimann, Perspektiven, a.a.O., S. 212; Bollinger Hammerle, a.a.O., S. 111; Ulrich Meyer, Somatoforme Schmerzstörung - ein Blick zurück auf eine Dekade der Entwicklung [nachfolgend: Dekade], in: Sozialversicherungsrechtstagung 2010, Schaffhauser/Kieser [Hrsg.], St. Gallen 2011, S. 19 und 31 f.). Dies verlangt nach einer objektivierten Zumutbarkeitsbeurteilung, welche durch Verwendung von - juristisch, jedoch unter Berücksichtigung der medizinischen Empirie, festgelegten - Standardkriterien zu harmonisieren ist. Da die Rechtsanwendung auf geänderte Rechtstatsachen (rascher) reagieren kann (vgl. oben E. 4.1.1), besteht kein Grund, um in dieser Hinsicht eine funktionelle Zuständigkeit des Gesetzgebers anzunehmen.

5.1.2. Der rechtliche Anforderungskatalog beschränkt sich auf einen Grundbestand von normativ massgeblichen Gesichtspunkten. Innerhalb dieses Rahmens muss die Begutachtungspraxis durch konkretisierende Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften angeleitet werden (vgl. Jeger, Tatfrage oder Rechtsfrage, a.a.O., S. 602 f.). In diesen soll der aktuelle medizinische Grundkonsens zum Ausdruck kommen. Bezüglich Leitlinien der (psychiatrischen) Begutachtung besteht dringender Handlungsbedarf. Bisher bestehende Leitlinien (E. Colomb et al., Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung, Februar 2012 [Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, (SGPP), und Schweizerische Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie, (SGVP)]; Leitlinien der SGVP für die Begutachtung psychosomatischer Störungen, SAeZ 2004 S. 1048 ff.) vereinheitlichten die methodischen, formalen und inhaltlichen Grundanforderungen (Marelli, Das psychiatrische Gutachten, a.a.O., S. 76 f. und 83 ff.). Spezifische Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung somatoformer Störungen - im Sinne eines "materiellen Beurteilungskorridors" (Meyer, Dekade, a.a.O., S. 29) - stehen indessen noch aus. In
Deutschland gibt es seit langem entsprechende Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; vgl. Urteil 9C 776/2010 E. 2.4 a.E.; Schneider et al., Manual zum Leitfaden, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al. [Hrsg.], 2012, S. 425 ff.; Jeger, Die persönlichen Ressourcen, S. 192; ders., Tatfrage oder Rechtsfrage, a.a.O., S. 596, 602 f.). Die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (Volker Dittmann et al.) haben zuhanden des BSV eine "Literaturstudie als Grundlage zur Entwicklung von evidenzbasierten Gütekriterien zur Beurteilung von psychischen Behinderungen" (2009) erarbeitet. Die Autoren stellen einen "immensen Forschungsbedarf bezüglich der Entwicklung und Validierung von Kriterien, Indikatoren und Merkmalen für die Beschreibung von Gesundheitsstörungen in der Versicherungsmedizin" fest und empfehlen, künftige Leitlinien unter anderem zu den somatoformen Störungen aufgrund einer stark zu erweiternden Datenbasis zu entwickeln. Zur Erhebung von deren Implementierungsgrad und zur Bestimmung der Effekte der Leitlinienanwendung sei eine begleitende Evaluation zwingend (S. 37 ff.). In künftige Leitlinien einzubeziehen sein werden
auch Schlussfolgerungen aus der laufenden Nationalfonds-Studie des Universitätsspitals Basel "Reliable psychiatrische Begutachtung im Rentenverfahren" (RELY-Studie), welche die Verlässlichkeit einer funktionsorientierten psychiatrischen Begutachtung untersucht.

5.2.

5.2.1. Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, auch jüngst, geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1 S. 69). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit (Mosimann, Perspektiven, a.a.O., S. 206 und 210). Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

5.2.2. In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine S. 66). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296; 135 V 201 E. 7.1.3 S. 213).

5.2.3. Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit. Daher existiert entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch keine "sozialpolitische Zurechenbarkeit im Sinne einer Sonderadäquanz", welche gesondert von der Arbeitsunfähigkeit - diese verstanden als "medizinische Tatfrage der fehlenden Möglichkeit, eine bestimmte Tätigkeit ausüben zu können" - zu betrachten wäre.

6.
Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1, 3.2 und 3.3.1). Deren Rechtsnatur kann offen bleiben (E. 3.31.2 f.). Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahrenersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im
Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlichen Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs.

2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen.

7.
Nach den dargelegten Anpassungen im Prüfungsprogramm stellt sich die Kognition des Bundesgerichts (Art. 95 lit. a, 97 Abs. 1 und 105 Abs. 1 und 2 BGG) wie folgt dar (vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 S. 66) : Im Hinblick auf die Beurteilung, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden - invalidisierend wirkt, zählen als Tatsachenfeststellungen, welche das Bundesgericht nur eingeschränkt überprüfen kann, alle Feststellungen der Vorinstanz, die auf der Würdigung von ärztlichen Angaben und Schlussfolgerungen betreffend Diagnose und Folgenabschätzung beruhen. Als Rechtsfrage frei überprüfbar ist hingegen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen.

8.
In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio S. 266). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen.

9.
Die Beschwerdeführerin beantragt, bei der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie sei ein Grundsatzgutachten einzuholen über die Grundsätze, nach denen unklare Beschwerdebilder zu beurteilen seien; das Verfahren sei zu diesem Zweck zu sistieren. Dies erübrigt sich schon deswegen, weil sich der versicherungsmedizinisch definierte Gegenstand der Begutachtung im Einzelfall (Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit) seinerseits nach rechtlichen Vorgaben richtet. Ein allenfalls veränderter medizinischer Konsens über die Umsetzung dieser Grundsätze kann umgekehrt in die Rechtspraxis einfliessen (oben E. 5.1.1). Die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften werden den aktuellen Stand der Erkenntnisse zuhanden der gutachterlichen Praxis in Leitlinien fassen (vgl. BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262; E. 5.1.2).

10.
Für den konkreten Fall ergibt sich:

10.1.

10.1.1. Die Beschwerdeführerin rügt unter anderem, die vorinstanzliche Prüfung der Arbeitsfähigkeit erfolge weitgehend losgelöst von den Einschätzungen des Administrativgutachters, welcher freilich seinerseits keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte. Der angefochtene Entscheid beruhe auf offensichtlich unrichtiger Feststellung des Sachverhalts. Dieser Vorwurf ist unbegründet. Die angesprochenen Erwägungen betreffen eine Rechtsfrage, nicht eine Sachverhaltsfeststellung. Denn ein Gericht bedient sich zwar grundsätzlich der gleichen Indikatoren, an denen sich schon die gutachterliche Einschätzung orientiert hat; es prüft aber frei, ob die gutachtlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit einzig auf den gesetzlich vorgesehenen kausalen Faktoren (gesundheitliche Einschränkungen im engeren Sinne) beruht und ob die gutachtlichen Schlussfolgerungen den rechtlich vorausgesetzten Zumutbarkeitsvorgaben entsprechen (oben E. 5.2.2). Zudem wendet es die allgemeinen Beweiswertkriterien rechtlicher Natur an (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).

Die Rüge wäre also begründet, wenn die Vorinstanz vom Sachverständigen bereitgestellte Entscheidungsgrundlagen unbeachtet gelassen hätte, ohne dass dieses Vorgehen aufgrund der Würdigung des Gutachtens im Kontext mit den weiteren medizinischen Berichten gerechtfertigt wäre, wenn sie gutachtliche Erkenntnisse offensichtlich unrichtig erfasst hätte, wenn sie unzulässig in den Aufgabenbereich der Medizin eingegriffen hätte (vgl. oben E. 5.2) oder wenn die Umsetzung der gutachtlichen Schlussfolgerungen in die rechtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mit dem spezifischen Erkenntnisziel der Indikatoren im Einzelnen oder in ihrer Gesamtheit (oben E. 4) zu vereinbaren wäre. Nichts davon trifft hier zu.

10.1.2. Die Vorinstanz hielt fest, die gutachterlich diagnostizierte leicht- bis höchstens mittelgradige depressive Episode entspreche einer reaktiven Symptomatik, somit einer unselbständigen Begleiterscheinung der Schmerzkrankheit. Das depressive Geschehen sei daher praxisgemäss nicht als psychische Komorbidität zu betrachten, zumal es auch nicht genügend schwer wiege (angefochtener Entscheid E. 9.3). Hierbei übersieht die Vorinstanz den Umstand, dass sich die Beschreibung einer erheblich reduzierten Belastbarkeit respektive einer andauernden, ausgeprägten Kraftlosigkeit und Müdigkeit - und damit einhergehenden Schmerzzunahme - wie ein roter Faden durch das Gutachten zieht (vgl. S. 6 f., 9, 11 f., 14 und 16). Behandelnde Ärzte haben gleichartige Beobachtungen zum Anlass genommen, eine mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren (vgl. etwa die Berichte der Psychiatrischen Klinik C._____ vom 27./28. August 2013 und des behandelnden Psychiaters Dr. D._____ vom 6. Dezember 2013). Angesichts der administrativgutachtlichen Feststellungen über eine stark herabgesetzte Belastbarkeit besteht keine unüberbrückbare Diskrepanz zu den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte. Wenn der Gutachter die anhaltende Erschöpfung (anders
als die behandelnden Ärzte) nicht einer depressiven Störung zuordnen wollte, drängt sich die Frage auf, ob dieser Befund insofern nicht zu einer anderen Einschätzung des Schweregrades der Schmerzstörung hätte führen müssen, zumal persönlichkeitsdiagnostische Auffälligkeiten (unter anderem "ängstliche Persönlichkeitsanteile", Gutachten S. 17) zu veranschlagen sind und die Anamnese Gründe für eine erhöhte Vulnerabilität der Beschwerdeführerin aufweist (kriegsbedingte Flucht, langandauernde Überlastung im Zusammenhang mit der prekären Existenz ihrer achtköpfigen Familie, vgl. Gutachten S. 5 f., 10 f., 12 f. und 16 f.; dazu Egle/Nickel, a.a.O., S. 129; vgl. oben E. 3.4.2.1).

10.1.3. Unter diesen Umständen verbietet sich - nach dem in E. 8 Gesagten - ein abschliessendes Abstellen auf die verfügbaren medizinischen Grundlagen. Es fehlt insbesondere an einer umfassenden Beurteilung nach Massgabe der bei der Beschwerdeführerin - anamnestisch, aktuell und prognostisch - relevanten Indikatoren. Grundsätzlich wäre es denkbar, die offenen Punkte mit einer ergänzenden Stellungnahme des psychiatrischen Administrativgutachters zu bereinigen. Angesichts der in den E. 2-5 vorgenommenen Anpassungen ist indessen dem Eventualbegehren zu entsprechen und die Sache zur Einholung eines Gerichtsgutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen.

10.2. Es bleibt die Frage nach dem fachlichen Umfang der neuen Expertise. Die Beschwerdeführerin beantragt eine interdisziplinäre Begutachtung. Das kantonale Gericht habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Art. 61 lit. c ATSG), indem es ein psychiatrisches Gutachten genügen liess. Da neben dem psychiatrisch zu erfassenden gesundheitlichen Geschehen auch eine "immer wieder attestierte" Fibromyalgie im Raum stehe, hätte die Vorinstanz nach Auffassung der Beschwerdeführerin auf eine rheumatologische Begutachtung nicht verzichten dürfen. In diesem Zusammenhang vertritt die Beschwerdeführerin die These, Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung stellten "zwei ätiologisch unterschiedliche Krankheitsbilder" dar (dazu oben E. 4.3.1.3; vgl. BGE 132 V 65). Wohl mag das Schmerzleiden der Beschwerdeführerin alternativ mit der rheumatologischen Diagnose der Fibromyalgie erfassbar sein (vgl. A. Batra, Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht, Der medizinische Sachverständige 2007 S. 124 ff.). Die betreffenden Befunde sind aber auch mit der psychiatrischen Kategorie der somatoformen Schmerzstörung abschliessend zu klassifizieren (vgl. Fauchère, a.a.O., S. 49 f.; zur Fachkompetenz psychiatrischer und
rheumatologischer Sachverständiger hinsichtlich von Schmerzzuständen mit massgeblicher psychogener Komponente: Urteile 9C 621/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 2.2.2 und I 704/03 vom 28. Dezember 2004 E. 4.1.1). Eine psychiatrische Expertise genügt, weil das Beschwerdebild keine weiteren Befunde einschliesst, die originär rheumatologischer Natur wären (vgl. den Bericht des Dr. I._____, Medizinische Klinik am Spital J._____, vom 26. April 2012).

10.3. Ein abschliessender materieller Entscheid anhand des gegebenen medizinischen Dossiers ist nicht möglich. Die Sache wird an das kantonale Gericht zurückgewiesen, damit es ein psychiatrisches Gerichtsgutachten (bei einem anderen Sachverständigen) einhole und gestützt darauf neu entscheide. Was das Begehren der Beschwerdeführerin angeht, die Vorinstanz sei zu verpflichten, ein Gerichtsgutachten "unter Wahrung der Mitwirkungsrechte und unter korrekter Fragestellung" einzuholen, so verstehen sich diese Anforderungen im Grundsatz von selbst. Im Einzelnen verfügt das kantonale Gericht aber auch über Spielräume der Verfahrensgestaltung, welche nicht vorab verengt werden dürfen.

11.

11.1. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen im Sinne von Art. 66 Abs. 1 sowie Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG, unabhängig davon, ob sie beantragt und ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 S. 271 mit Hinweisen).

11.2. Die unterliegende IV-Stelle trägt die Gerichtskosten und bezahlt der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung (Art. 66 Abs. 1 und Art. 68 Abs. 1 BGG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug vom 8. Mai 2014 wird aufgehoben. Die Sache wird zur Einholung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens und neuer Entscheidung an das kantonale Gericht zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.
Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'800.- zu entschädigen.

4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Zug, Sozialversicherungsrechtliche Kammer, und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 3. Juni 2015
Im Namen der II. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Die Präsidentin: Glanzmann

Der Gerichtsschreiber: Traub

Extraits traduits en français de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C 492/2014 du 3 juin 2015 (traduction non officielle)
2.
2.1 Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 130 V 396).
2.1.1 Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10 ch.

F45.40) de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis. Jusqu'ici, l'instruction du droit à la prestation en relation avec le trouble somatoforme douloureux se focalisait avant tout sur l'application du catalogue des critères, c'est-à-dire sur l'évaluation des effets fonctionnels du trouble (à ce sujet, infra consid. 3.2 et 4). La question de savoir si le trouble douloureux en tant qu'atteinte à la santé a été constaté selon les règles de l'art n'est que rarement examiné dans la pratique en matière d'assurance. Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux: comme "plainte essentielle", il faut une "douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse" (Organisation mondiale de la santé, Classification internationale des maladies, CIM-10 chapitre V Troubles mentaux et du comportement [F], ch. F45.4). A la différence d'autres troubles psychosomatiques, par exemple les troubles dissociatifs, qui ne présentent pas en eux-mêmes de lien avec le degré de gravité, le
diagnostic de trouble somatoforme douloureux présuppose par définition des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne (Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, RSAS 2014 p. 535, 539 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; Henningsen/Schickel, in Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al. [édit.], 2012, p. 277). Aussi, le ch. F45.4 du CIM-10 décrit-il comme conséquence habituelle "une aide et une sollicitude accrues de la part de [l']entourage et des médecins". La pratique suisse en matière d'assurance ne tient souvent pas compte de ces caractéristiques fondamentales; dans les rapports ou expertises médicales, le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant est la plupart du temps posé sans qu'il soit fait suffisamment référence aux éléments constatés de nature fonctionnelle (sur l'exigence d'un diagnostic posé sur la base de critères, cf. E. Colomb
et al., Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung [cf. infra E. 5.1.2], ch. 6.2). On peut penser que le trouble somatoforme douloureux persistant est trop souvent diagnostiqué (Hans Georg Kopp, Die psychiatrische Begutachtung von Schmerzstörungen, in Psychiatrie 4/2006 p. 11).
2.1.2 Les explications de l'expert sur le diagnostic ne sont pas importantes seulement en vue de pouvoir constater de façon certaine la valeur de maladie. Bien plus, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présupposées dans la classification, doivent être reprises en considération lors de l'évaluation de la capacité de travail. Le diagnostic posé est une "référence pour d'éventuelles limitations fonctionnelles" (Qualitätsleitlinien, ch. 6.3). Dans la "preuve cohérente d'une activité et d'une participation entravées" (Jörg Jeger, Die persönlichen Ressourcen und ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Wiedereingliederungsfähigkeit - Eine kritische Auseinandersetzung mit der Überwindbarkeitspraxis, in Psyche und Sozialversicherung, Gabriela Riemer-Kafka [édit.], Zurich 2014, p. 184, 186 et 191 s.), il faut inclure seulement les déficits fonctionnels qui résultent des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer l'atteinte à la santé. La limitation dans les fonctions de la vie quotidienne, qui du point de vue conceptuel fait partie d'un diagnostic posé selon les règles de l'art, est comparée aux exigences de la vie professionnelles et convertie en une éventuelle limitation de la
capacité de travail à l'aide des critères du degré de la gravité et de la cohérence (Renato Marelli, Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, RSAS 2007 p. 329 et 339). De cette manière, les limitations fonctionnelles invoquées peuvent être confirmées ou écartées après un soigneux examen de plausibilité (ATF 140 V 290 consid. 3.3.1 p. 296 et consid. 3.3.2 ab initio p. 297).
2.2 Par ailleurs, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique.
2.2.1 Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (à ce sujet, ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197) apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent

insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 51 avec la référence à KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997 p.1434, qui reprennent une recherche de WINCKLERet FOERSTER; des énumérations comparables se trouvent chez Hans-Jakob Mosimann/Gerhard Ebner, "Objektiv nicht überwindbare" Erwerbsunfähigkeit: Überlegungen zu Art. 7 Abs. 2 ATSG aus juristischer und
psychiatrischer Sicht, RSAS 2008 p. 532; Henningsen/Schickel, op. cit., p. 278 ss.; Peter Henningsen, Wie werden psychosomatische Störungen begutachtet? Leitlinien für Grenzbereiche, in Grenzwertige psychische Störungen, Vollmoeller [édit.], 2004, p. 105 s.; Thomas Merten, Lässt sich suboptimales Leistungsverhalten messen? Diagnostik bei Simulationsverdacht, in: Grenzwertige psychische Störungen, Vollmoeller [édit.], 2004, p. 94; cf. aussi Kopp, op. cit., p. 10 s.). A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (Henningsen, a.a.O., S. 104).
2.2.2 Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA première phrase). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299), les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération.
(...)
3.6 En définitive, le point de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail totale ou partielle ne se pose plus sous l'angle de la réfutation d'une présomption. Le modèle règle/exception doit être remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée (infra consid. 5.1), à l'aide d'indicateurs (infra consid. 4).
(...)
4.
Il reste à déterminer les incidences du changement de la jurisprudence sur le catalogue des critères selon l'ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s. Ce catalogue contient des facteurs standard à l'aide desquels la portée fonctionnelle des éléments déterminants pour le diagnostic (supra consid. 2.1.2) peut, par le biais d'une administration indirecte des preuves (consid. 3.4.1.2 et 3.7.2), être confortée sous l'angle juridique (infra consid. 5.2).
4.1.
4.1.1 Une fois abandonné le concept de la présomption, l'appréciation de la capacité fonctionnelle d'exécuter une tâche ou une action ne se concentre plus, comme cela a déjà été mentionné, sur la réfutation d'un présupposé selon lequel le trouble somatoforme n'est pas invalidant. Mais l'accent est de plus en plus mis aussi sur des ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser ainsi la capacité d'exécuter une tâche ou une action (supra consid. 3.4.2.1). Cette nouvelle approche implique d'adapter la formulation des indicateurs. A la suite de l'abandon de la présomption selon laquelle les troubles en cause peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible, une extension matérielle des points de vue déterminants pour l'examen des cas paraît appropriée. On peut prendre pour point de départ le catalogue des critères appliqués jusqu'à présent (voir aussi à ce sujet, le catalogue des directives allemandes "AWMF-Leitlinie 'Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden' [Empfehlung 143]"; Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 534; infra consid. 5.1.2).
Comme par le passé, le catalogue doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci. Il ne s'agit pas d'une "check list" dont il suffit de cocher les rubriques (arrêt 8C 420/2011 du 26 septembre 2011 consid. 2.4.2 et les références à Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 4ème éd., Munich 2004, p. 650). Au demeurant, le catalogue en tant que tel n'est pas immuable, mais doit pouvoir s'adapter à de nouvelles connaissances médicales établies; en tant que faits juridiquement pertinents, celles-ci influencent le contenu du catalogue (cf. infra consid. 5.1). Il s'impose, par conséquent, d'abandonner la prise en considération de la comorbidité psychiatrique en tant que critère prioritaire et de renoncer à se référer au profit primaire tiré de la maladie (consid. 4.3.1.1 et 4.3.1.3).
4.1.2 Le terme de "critères" utilisé jusqu'à présent donne à penser qu'il s'agirait là d'indices importants pour une décision au sens où, parmi plusieurs scénarios définis à l'avance, l'un d'eux serait le bon. Après l'abandon de la présomption au profit d'un examen de la capacité fonctionnelle avec un résultat ouvert, en tant qu'objet central de la preuve, la notion de critère ne semble plus appropriée. Le Tribunal fédéral parle désormais

d'indicateurs, terme qui désigne les thèmes déterminants de la preuve, à l'aide desquels un certain état de fait est établi (cf. aussi à ce sujet, Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 533 et 541).
4.1.3 Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes:
Catégorie "Degré de gravité fonctionnel" (consid. 4.3)
Complexe "Atteinte à la santé" (consid. 4.3.1)
Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1)
Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2)
Comorbidités (consid. 4.3.1.3)
Complexe "Personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
Complexe "Contexte social" (consid. 4.3.3)
Catégorie "Cohérence" (aspects du comportement; consid. 4.4)
Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1)
Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation (consid. 4.4.2).
Les réponses que les experts médicaux donnent à l'aide des indicateurs (pertinents dans le cas particulier) donnent aux organes d'application du droit des indices nécessaires pour pallier le manque de preuves en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail en cas de troubles psychosomatiques (cf. supra consid. 3.4.1.2 et 3.7.2).
4.2 Les considérations qui précèdent et celles qui vont suivre sont valables pour les troubles somatoformes douloureux persistants et les troubles psychosomatiques comparables (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 p. 13).
4.3 Les indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel forment le socle de base pour l'évaluation des conséquences (Hans Georg Kopp/Renato Marelli, "Somatoforme Störungen, wie weiter?", RSAS 2012 p. 255). Les conséquences qui en sont tirées doivent être examinées sous l'angle de la cohérence (à ce sujet, infra consid. 4.4).
4.3.1 Il convient d'apporter les précisions suivantes en ce qui concerne le complexe "Atteinte à la santé".
4.3.1.1 Le premier indicateur à mentionner est le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. Les constatations sur les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à cette atteinte à la santé des conséquences (directes) de facteurs non assurés (supra consid. 3.4.2.1 2ème al.). Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic (supra consid. 2.1.1; cf. Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 535 et 539). Lorsque, d'un autre côté, des critères d'exclusion (ATF 131 V 49 consid. 1.2 in fine p. 51) jouent un certain rôle, sans qu'une atteinte à la santé déterminante du point de vue juridique ne doive être exclue a priori pour ce motif (cf. supra consid. 2.2.2), les circonstances indiquant une exagération etc. doivent être évaluées. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible à l'aide de tous les éléments à disposition provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. En particulier, la description des troubles somatoformes douloureux donnée par la CIM-10 au ch. F45.5 met en évidence des facteurs étiologiques: la caractéristique du
trouble est qu'il survient "dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux", qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou le maintien des douleurs (à ce sujet, U.T. Egle/R. Nickel, Die somatoforme Schmerzstörung, in Der medizinische Sachverständige 2007 p. 129). En revanche, les conclusions sur le degré de gravité ne devraient plus être tirées de la notion de profit primaire tiré de la maladie. Il s'agit là d'un concept psychanalytique que de nombreux représentants d'autres écoles psychiatriques considèrent avec scepticisme, voire rejettent. Selon Henningsen, le profit primaire tiré de la maladie ne peut guère, en tant que construction étroitement liée à une école déterminée de psychothérapie et variant en fonction de la personne chargée des examens médicaux, être établi de manière fiable (Probleme und offene Fragen, p. 540; cf. aussi Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 169 f.).
4.3.1.2 Le succès du traitement ou la résistance au traitement, soit le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif (sur les objectifs de traitement des troubles somatoformes douloureux persistants, Fauchère, op. cit., p. 219 s.; Hans Morschitzky, Somatoforme Störungen, 2007, p. 271 ss.). Si, en revanche, le traitement demeuré sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel des connaissances médicales ou apparaît inapproprié dans le cas particulier, il n'y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble (cf. arrêt 9C 662/2009 du 17 août

2010 consid. 3.2, SVR 2011 IV n°26 p. 73). Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités, ce qui ressort a contrario de la jurisprudence constante (parmi beaucoup d'autres, arrêt 9C 736/2011 du 7 février 2012 consid. 4.2.2.1 et les références); il faut s'en tenir à cette règle. En cas de maladie dont la durée est encore relativement courte - qui n'est
donc guère passée à l'état chronique - il devrait en règle générale exister encore des options thérapeutiques, et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Cela montre que la question de l'évolution d'un trouble somatoforme douloureux ("persistant") vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité: sans une évolution de longue date et consolidée de la douleur, une incapacité de travail invalidante n'est guère concevable; il en va de même déjà pour le diagnostic (Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 536). Pour le reste, dans la mesure où il faudrait déduire du recours à des thérapies et du fait de se montrer coopératif la présence ou l'étendue des souffrances, il en va de la cohérence des effets de l'atteinte à la santé (infra consid. 4.4.2).
Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. En effet, de même que le traitement médical exigible (qui, sous réserve de l'art. 12 LAI, n'a pas à être pris en charge par l'assurance-invalidité) engage l'assuré à pourvoir en quelque sorte à sa propre réadaptation, celui-ci est tenu, sur le plan professionnel, de se réadapter par soi-même et, pour autant que cela soit indiqué, de participer à des mesures de réadaptation professionnelles et de réinsertion (art. 8 s., 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération selon l'évaluation médicale et que l'assureur en propose mais que la personne prétendant une rente n'y participe pas, cela doit être considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui a échoué malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce.
4.3.1.3 Jusqu'ici, la jurisprudence a accordé une importance prépondérante à la comorbidité psychiatrique (encore ainsi ATF 139 V 547 consid. 9.1.1 p. 565). Cette prépondérance du critère de référence ne saurait être maintenue plus longtemps car elle ne se vérifie pas de manière empirique (Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 539 s.; Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 166 s.; du même auteur, Die Entwicklung der Foerster-Kriterien und ihre Übernahme in die bundesgerichtliche Rechtsprechung: Geschichte einer Evidenz, in Jusletter du 16 mai 2011, n°137). La comorbidité psychiatrique n'est plus prioritaire de manière générale mais doit être prise en considération seulement en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour voir si elle prive l'assuré de certaines ressources (Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 167 s.; Kopp, op. cit., p. 12). La qualification appliquée jusqu'ici - "[comorbidité]importante par sa gravité, son acuité et sa durée" exprimait l'ancienne fonction de critère marquant l'exception attribuée à la comorbidité, ainsi que son importance prioritaire. En conséquence de la modification de la jurisprudence sur ces deux points, lesdites
caractéristiques perdent leur fonction dans cette mesure.
Les anciens critères de la "comorbidité psychiatrique" et des "affections corporelles concomitantes" doivent être réunis en un indicateur unique. Ce qui est nécessaire, c'est une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt 9C 98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, SVR 2011 IV n°17 p. 44; à ce sujet, Wolfgang Vollmoeller [édit.], Grenzwertige psychische Störungen, 2004, passim), n'est pas une comorbidité (cf. arrêt 9C 1040/2010 du 6. juin 2011 consid. 3.4.2.1, SVR 2012 IV n°1 p. 1), mais doit être éventuellement pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (infra consid. 4.3.2). L'exigence d'une approche globale est en principe valable indépendamment du point de savoir comment se présente le rapport entre le trouble douloureux et la comorbidité. C'est pourquoi, par exemple, une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources en raison uniquement de son (éventuelle) connexité médicale avec le trouble douloureux (encore ainsi, les arrêts
9C 210/2012 du 9 juillet 2012 consid. 3.1; I 176/06 du 26 février 2007 consid. 5.2, SVR 2008 IV n°1 p. 1; sur le rapport complexe entre douleur et dépression: Fauchère, op. cit., p. 74 ss.). Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes, qualifiées de manière différente au niveau du diagnostic, de la même entité avec des symptômes identiques, ne constituent d'emblée pas une comorbidité (arrêt I 767/03 du 9 août 2004 consid. 3.3.2). Sinon, une atteinte à la santé qui pourrait être cernée et décrite de plusieurs manières

serait évaluée à double (cf. arrêt 9C 709/2009 du 14. décembre 2009 consid. 4.1.4 in fine).
Il se pose la question de savoir s'il existe un rapport linéaire entre le nombre des troubles corporels qui ne s'expliquent pas de manière suffisante d'un point de vue organique (respectivement le nombre de syndromes somatoformes dans leurs diverses manifestations) et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle (ainsi Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 523 et 536). Un tel rapport ne pourrait en tout cas pas être transformé en une règle figée. Une application fondée sur l'idée selon laquelle "plus le nombre des diverses plaintes est grand, plus importantes sont les limitations fonctionnelles" reviendrait à utiliser un type de critère - schématique - d'examen, qu'il convient précisément d'éviter, selon ce qui a été dit (supra consid. 4.1.1; voir aussi Henningsen, op. cit., p. 533 et 541). Dans la pratique, les différents symptômes et résultats risqueraient d'être simplement juxtaposés les uns aux autres et évalués de manière purement quantitative et mécanique, ce qui fausserait le regard sur l'effet global du tableau clinique pour établir le statut fonctionnel.
4.3.2 Avec la prise en considération plus marquée des ressources, déjà mentionnée à plusieurs reprises, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques de base) gagne en importance (à ce sujet, Kopp/Marelli, op. cit., p. 257 s.; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 332 ss). Dans un arrêt antérieur, le Tribunal fédéral s'est déjà référé à "une structure préexistante singulière de la personnalité" (consid. 7.4 de l'arrêt I 457/02 du 18 mai 2004, non publié in ATF 130 V 396, SVR 2005 IV Nr. 6 S. 21). A côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité, qui vise à saisir la structure de la personnalité et les troubles de la personnalité (cf. Fauchère, op. cit., p. 101 ss), le concept de ce qu'on appelle les "fonctions complexes du moi" entre aussi en considération. Ces fonctions désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité d'exécuter une tâche ou une action (notamment perception de soi et des autres, sens des réalités et capacité d'émettre un jugement, contrôle des affects et des impulsions, ainsi que l'intentionnalité [capacité de se référer à un objet]et impulsion; Kopp/Marelli, op. cit., p. 258;
Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss). Il n'est pas nécessaire d'examiner de plus près la controverse sur les fonctions complexes du moi dans la doctrine psychiatrique (cf. les contributions de Felix Schwarzenbach et Renato Marelli, RSAS 2008 p. 555 ss; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 339 s). Ce qui est décisif, ce n'est pas l'origine conceptuelle, mais de savoir si ces catégories peuvent contribuer à clarifier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Si tel est le cas selon les circonstances du cas particulier, il faut recourir à cette approche. Comme le diagnostic de la personnalité dépend davantage que les autres indicateurs (par ex. ceux liés aux symptômes ou au comportement) du médecin qui procède à l'examen (cf. Henningsen, Probleme und offene Fragen, p. 537), les exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées. Ces exigences devront être précisées par de nouvelles lignes directrices médicales qu'il reste à élaborer (cf. infra consid. 5.1.2).
4.3.3 En plus des complexes "Atteinte à la santé" et "Personnalité", le contexte social influence également la manière dont se manifestent concrètement les effets (seuls déterminants du point de vue causal) de l'atteinte à la santé. A cet égard, il convient de retenir deux choses: dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent comme par le passé être mises de côté (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299; à ce sujet supra consid. 2.1.2 et 3.4.2.1 2ème paragraphe). D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent également être tirées du contexte de vie de l'assuré, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. Riemer-Kafka [édit.], Versicherungsmedizinische Gutachten, p. 121). Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain résultant d'une atteinte à la santé (art. 4 al. 1 LAI), d'une part, et l'absence de gain non assurée ou d'autres situations de vie éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas; toute autre chose contreviendrait à la volonté claire du législateur
4.4 L'aspect de la cohérence est décisif du point de vue des règles juridiques sur la preuve (Kopp/Marelli, op. cit., p. 256). Cet aspect comprend les catégories liées au comportement.
4.4.1 L'indicateur d'une limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité lucrative (respectivement pour les personnes sans activité lucrative, dans le domaine des activités habituelles), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (par ex. l'organisation des loisirs), d'autre part (cf. Riemer-Kafka [édit.], Versicherungsmedizinische Gutachten, p. 121; Mosimann, Perspektiven, p. 214; Susanne Bollinger, Invalidisierende Krankheitsbilder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, in Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015, Kieser/Lendfers [édit.], p. 114; sur la manière d'appréhender pratiquement les circonstances pertinentes dans l'expertise: Kopp, op. cit., p. 10). Pour les raisons déjà invoquées, le critère

appliqué jusqu'à présent du retrait social doit à son tour être interprété de telle sorte qu'il comprenne des indications sur les limitations mais inclue aussi les ressources; à l'inverse un retrait induit par la maladie peut aussi diminuer encore les ressources (cf. Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 168 s.). Dans la mesure du possible, il est
recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de l'assuré doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail invoquée (arrêts 9C 148/2012 du 17 septembre 2012 consid. 2.2.4, SVR 2013 IV n°6 p. 13; 9C 785/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2).
4.4.2 Le recours effectif à des options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle des traitements sont mis à profit ou alors négligés permet (en complément au point de vue du succès du traitement ou de la réadaptation ou la résistance à cet égard; supra consid. 4.3.1.2) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Cela ne vaut cependant qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours (Henningsen, Probleme und offene Fragen, S. 537). On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer comme il faut doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie (cf. Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 171). De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée.
5.
La grille d'évaluation présentée est de nature juridique. Se pose alors la question des compétences respectives du droit et de la médecine, c'est-à-dire de la répartition dans le détail des différentes tâches entre les deux disciplines (consid. 5.1) et de leur collaboration au moment de l'évaluation concrète de l'incapacité de travail dans le cas particulier (consid. 5.2).
5.1.
5.1.1 Le Tribunal fédéral a tiré des critères pronostiques appliqués initialement en psychiatrie (cf. ATF 135 V 201 consid. 7.1.2 p. 212; Klaus Foerster, Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 p. 486 ss, 498) un profil d'exigences juridiques autonome (arrêt 9C 776/2010 du 20 décembre 2011 consid. 2.4; voir également arrêt 8C 420/2011 du 26 septembre 2011 consid. 2.4), ce qui a eu pour effet de les soustraire à la discussion médicale (voir les avis critiques de Jörg Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 163 ss; du même auteur, Entwicklung, n. 133 ss et 159; Matthias Kradolfer, Rechtsgutachten [avec Jörg Paul Müller], Pathogenetisch-ätiologisch syndromal unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage: Rechtsgutachten zur Vereinbarkeit mit der EMRK, 2012, n. 164 ss; Liliana Scasascia Kleiser/Evalotta Samuelsson, Wieviel Leid ist zumutbar? Über die höchstrichterliche Vermutung der Überwindbarkeit von Schmerzerkrankungen, in Jusletter du 17 décembre 2012, n. 37). Mais les indicateurs nouvellement introduits ici ne dépendent pas non plus directement de l'état des connaissances médicales empiriques (selon l'opinion dominante). A la différence de la médecine, le droit
doit garantir une évaluation de la capacité de travail uniforme et respectueuse de l'égalité de traitement (ATF 135 V 201 consid. 7.1.3 p. 213; Mosimann, Perspektiven, p. 212; Bollinger, op. cit., p. 111; Ulrich Meyer, Somatoforme Schmerzstörung - ein Blick zurück auf eine Dekade der Entwicklung, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2010, Schaffhauser/Kieser [édit.], St. Gallen 2011, p. 19 et 31 s.). Cela impose une appréciation objectivée de l'exigibilité qu'il y a lieu d'harmoniser par l'application de critères standard fixés juridiquement mais en considération des constats empiriques de la médecine. Comme la pratique du droit est mieux à même de s'adapter (rapidement) à des nouvelles réalités juridiques (voir consid. 4.1.1 supra), il n'y a pas de raison d'admettre une compétence fonctionnelle du législateur à ce sujet.
5.1.2 Les aspects déterminants définis dans la grille d'évaluation servent uniquement de cadre normatif. A l'intérieur de ce cadre, les sociétés médicales sont invitées à fournir des lignes directrices sur la pratique de l'expertise (cf. Jeger, Tatfrage oder Rechtsfrage, op. cit., p. 602 s.). Celles-ci doivent être le reflet du consensus médical actuel. A cet égard, il y a un besoin urgent de renforcer la pratique de l'expertise psychiatrique. Jusqu'ici, les lignes directrices existantes (E. Colomb et al., Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-invalidité, février 2012 [Société suisse de psychiatrie et psychotérapie, SSPP, et Société suisse de psychiatrie d'assurance, sspa]; Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, Bulletin des médecins suisses, 2004, p. 1905)

uniformisent les exigences requises en matière d'expertises sur le plan de la méthode, de la forme et du contenu (Marelli, Das psychiatrische Gutachten, p. 76 s. et 83 ss). Il manque toutefois des lignes directrices spécifiques pour l'expertise des troubles somatoformes - dans le sens d'un outil d'appréciation (cf. Meyer, Dekade, p. 29). L'Allemagne dispose depuis longtemps de lignes directrices en la matière: elles ont été établies par la AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; voir arrêt 9C 776/2010 consid. 2.4; Schneider et al., Manual zum Leitfaden, in Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al. [édit.], 2012, p. 425 ss; Jeger, Die persönlichen Ressourcen, p. 192; du même auteur, Tatfrage oder Rechtsfrage, p. 596, 602 s.). Les Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle ont élaboré à l'intention de l'OFAS une "Etude de la littérature en tant qu'outil pour développer les critères de qualité en matière d'évaluation du handicap psychique" (en 2009). Leurs auteurs constatent "un immense besoin de recherche en matière de développement et de validation de critères, d'indicateurs et de caractéristiques pour décrire les atteintes à la santé dans la médecine des assurances". Ils recommandent, notamment pour les troubles somatoformes, que les futures lignes directrices soient élaborées à partir d'une base de données à élargir, et préconisent la tenue d'une évaluation pour connaître le degré de mise en oeuvre de ces directives ainsi que les effets de leur application (p. 37 ss). Les
futures lignes directrices devront également inclure les conclusions à tirer de l'étude actuellement en cours "Fiabilité de l'expertise psychiatrique dans la procédure d'octroi de rente" (RELY-Studie) menée par l'Hôpital universitaire de Bâle sous l'égide du Fonds national, étude qui examine le caractère fiable d'une expertise psychiatrique axée sur les capacités fonctionnelles.
5.2
5.2.1 Le Tribunal fédéral s'est exprimé diversement et récemment encore sur l'interaction entre droit et médecine dans l'application concrète du droit. Dans ce contexte, il a laissé aux experts médicaux aussi bien qu'aux organes d'application du droit le soin de procéder à une évaluation de la capacité de travail dans le cas d'espèce à l'aune des critères préétablis et définis normativement. Chacun est appelé à prendre position selon son propre point de vue (ATF 137 V 64 consid. 5.1 p. 69). C'est d'abord la tâche du médecin de se prononcer sur les répercussions de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail. Son appréciation constitue un élément important pour l'examen juridique de la question de savoir quelles activités peuvent encore être exigées de la personne assurée (ATF 140 V 193 consid. 3.2 p. 196; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri [édit.], 2003, p. 49).
5.2.2 En ce sens, la question - définie normativement - posée à l'expert est celle de savoir comment il évalue les capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 1ère phrase LPGA), et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; cf. ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine p. 66). Cela permet de garantir une évaluation de la capacité de travail uniforme et respectueuse de l'égalité de traitement (ATF 140 V 290 consid. 3.3.1 p. 296; 135 V 201 consid. 7.1.3 p. 213).
5.2.3 Dans l'assurance-invalidité en tout cas, droit et médecine contribuent tous les deux, dans le cadre de leurs compétences respectives, à la détermination d'une seule et même incapacité de travail. Cela signifie que l'expert médical ne doit pas, comme cela arrive souvent, donner son avis selon sa libre appréciation et, à côté de cela, fournir les éléments sur la base desquels les organes d'application procèdent ensuite à une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale subjective. Il n'y a pas une notion médicale et une notion juridique de la capacité de travail qui devraient être examinées séparément et qui seraient régies par des règles différentes. (...)
6.
En résumé, l'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychosomatiques doit s'effectuer en prenant en considération, encore davantage que précédemment, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé, ce qui doit déjà s'exprimer dans les exigences requises pour poser le diagnostic (consid. 2). La jurisprudence développée par l'ATF 130 V 352 avait pour objectif d'assurer, au niveau de l'incapacité de travail, une concrétisation conforme à la loi de l'assurance à l'aide du modèle règle/exception, respectivement de la présomption du caractère surmontable de tels syndromes par un effort de volonté raisonnablement exigible (sur cette notion voir consid. 7.3 des ATF 130 V 396 et 131 V 49). La question de la nature juridique de cette présomption peut rester ouverte (consid. 3.3) vu le changement de jurisprudence (consid. 3.4 et 3.5). L'ancien modèle règle/exception

est remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée (consid. 3.6). Cela ne change toutefois rien à la jurisprudence tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne
requérante (consid. 3.7). En lieu et place de l'ancien catalogue des critères (applicable aux troubles somatoformes douloureux et aux autres affections psychosomatiques comparables), il faut se référer aux indicateurs standards. Ceux-ci se répartissent dans les catégories "degré de gravité" (consid. 4.3) et "cohérence" (consid. 4.4) des limitations fonctionnelles. On renoncera désormais à la notion de profit primaire tiré de la maladie (consid. 4.3.1.1) et à la prépondérance de la comorbidité psychiatrique (consid. 4.3.1.3). La grille d'évaluation est de nature juridique (consid. 5). Droit et médecine collaborent à la formulation des indicateurs aussi bien qu'à leur application concrète au cas d'espèce. Au fond, les considérations relatives aux questions de preuve et aux procédures à suivre (consid. 4 et 5) pour l'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychosomatiques concrétisent les injonctions du législateur découlant de l'art. 7 al. 2 LPGA. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un
degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standard. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve.
7.
Compte tenu des ajustements précités au niveau de la preuve, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral (art. 95 let. a, 97 al. 1 et 105 al. 1 et 2 LTF) s'exerce de la manière suivante (cf. ATF 137 V 64 consid. 1.2 p. 66) : pour ce qui concerne l'appréciation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (ou d'une affection psychosomatique comparable), les constatations que l'instance précédente tire des observations et des conclusions des médecins quant au diagnostic et aux répercussions de celui-ci sont des constatations de faits que le Tribunal fédéral ne peut revoir que de manière restreinte. En revanche, le point de savoir si et dans quelle mesure les constatations médicales permettent de conclure à une incapacité de travail (art. 6 LPGA) à l'aune des indicateurs pertinents est une question de droit qui peut être examinée librement par le Tribunal fédéral.
8.
Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270 (qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales). Selon cet arrêt, les expertises mises en oeuvre selon les anciens standard de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF précité consid. 6 in initio p. 266). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis.